附件2 ：

**“如新中华儿童心脏病基金”项目申报审批表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患儿姓名 | |  | | 身份证号 |  | | | | | | 2寸  照片 |
| 性 别 | |  | | 年 龄 |  | | | 民 族 | |  |
| 入院诊断 | |  | | | | | | 治疗方式 | |  |
| 参保方式 | | □新农合/ □城镇医保/ □未参保 | | | | | | | | | |
| 监护人姓名 | |  | | 与患儿关系 |  | | 职业 | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 监护人住址 | |  | | | | | | | | | |
| 家庭上年度收入总计 | | |  | | | 其他资助情况 | | | |  | |
| 家庭主要财产  和债务  情况 | 收入主要来源 | |  | | | 房产及估值 | | | |  | |
| 其它项目收入 | |  | | | 家电及估值 | | | |  | |
| 债务情况 | |  | | | 交通工具估值 | | | |  | |
| 医院诊断意见 | | 主管医生签字：  医院盖章：  年 月 日 | | | | 村（居）委会  审核意见 | | | | 审核人：  联系电话：  盖章：  年 月 日 | |
| 乡镇(街道办)  审核意见 | | 审核人：  联系电话：  盖章：  年 月 日 | | | | 北京楷祺心血管公益基金会  审核意见 | | | | 审核人：  盖章：  年 月 日 | |

**请附材料：**

**1. 监护人身份证复印件和户口本复印件**

**2. 阜外医院先心病诊断证明。**

**3. 贫困证明（低收入证明原件或低保证复印件）**